

# 健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長		担当

データ	/	保険証	/													
被保険者証の記号・番号				被保険者氏名				性別	生年月日				資格取得年月日			
記号		番号		(氏)	(名)		男・女	年号	年	月	日	年号	年	月	日	
被保険者の現住所																
証の種類								被保険者証 ・ 高齢者受給者証								
再交付該当者								被扶養者の場合								
被保険者 ・ 被扶養者				氏名		生年月日	年号	年	月	日	続柄					
申請理由	<input type="checkbox"/> き損	き損した時の状況														
	<input type="checkbox"/> 滅失	滅失した時の状況 (日時・状況を詳しく)														
		警察受理番号														

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。

令和 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地  
事業所名  
事業主名

受付日付印

- (注) ・滅失の場合 (1)滅失した時の状況を詳しく明記し**始末書を添付すること**。  
 (2)警察に届出をし、警察の受付番号を申請理由欄に記入すること。  
 (3)再交付申請後出てきた場合は直ちに再交付前の被保険者証を返納すること。  
 ・き損により再交付をすときは、被保険者証を添付すること。